

Bättre hjärtsviktsvård till lägre kostnad

Effektiva vårdprogram frigör resurser

De senare årens sjukvårdsdebatt har ofta fokuserats på kostnader. Detta är nödvändigt i ett samhälle med ekonomiska problem där resurser för sjukvård måste förvaltas på bästa sätt. Hjärtsvikt är en sjukdomsmanifestation som ökar, delvis på grund av en allt äldre befolkning, men också på grund av hjärtsjukvårdens framgångar. Terapeutiska framsteg räddar fler människoliv, dock icke alltid till full hälsa.

Behandlingen av hjärtsvikt har förbättrats, inte minst genom effektivare läkemedel, men resttillstånd efter ischemisk hjärtsjukdom är fortfarande ett substrat för framtida hjärtsvikt. »Dryga» läkemedelskostnader och dyra utredningar har dock satts i fråga, men som framgick i min ursprungliga artikel i Läkartidningen 25/97 [1] står sjukhuskostnaderna för den största utgiftsposten i samhällets insatser för hjärtsviktsjukvård.

Detta klagörs utmärkt av Fredrik Andersson och Tina Rydén-Bergsten i detta nummer av Läkartidningen. Läkemedelsandelen av kostnaderna är enligt dessa författare blygsam, mellan 2 och 8 procent. Jag delar deras uppfattning att en genomtänkt läkemedelsbehandling måste anses som en kostnadseffektiv insats och att det till och med räcker med en relativt måttlig reduktion av sjukhusvård för att nå ett mer kostnadseffektivt omhändertagande.

Vad kan specialisten utträta?

I en nyligen publicerad undersökning av Hanumanthu och medarbetare [2] spekuleras i specialistens roll som en viktig faktor när behovet av sjuk-

husvård minskade hos 134 patienter med hjärtsvikt som vårdades vid Vanderbilt-sjukhuset i Nashville, USA.

Studien följde behovet av sjukhusvård under cirka ett år hos konsekutivt mottagna patienter remitterade till sjukhuset på grund av relativt svår hjärtsvikt. Hypotesen man utgick ifrån var att vård meddelad av experter, dvs i det här fallet sjukhusanknutna läkare vid ett centrum med intresse för hjärtsviktsbehandling, borde vara effektivare än den given av de primärvårdsläkare som skött patienterna dessförinnan. Behov av sjukhusvård året före remisstillfället jämfördes med utfallet året därefter.

Man noterade en klar minskning av såväl antalet sjukhusinläggningar (från 94 till 44 procent) som den totala vårdtiden. Utnyttjandet av läkemedel, främst ACE-hämmare, skilde sig inte särskilt mycket. Drygt tre fjärdedelar av patienterna använde redan ACE-hämmare vid remisstillfället. Ett mera nyanserat – vilket ofta innebar tillfälligt ökat – bruk av loop-diuretika ansågs ha bidragit till den gynnsamma utgången. Diuretikaförskrivningen baserades av experterna inte enbart på en enkel undersökning av patienten. Man använde arbetskapacitet och hemodynamiska parametrar som bas för behandlingen. Undersökningen redogjorde inte för förändringar i kostnader. Rimligtvis borde dessa blivit lägre med hänsyn till den minskade sjukhusinläggningen.

Vanderbilt-gruppen menade att hjärtsviktsvården blir bäst om den läggs i händerna på specialister. Även om undersökningen inte var kontrollerad var resultaten intressanta. Man kan åtminstone instämma i att ett omsorgsfullt omhändertagande ter sig lönsamt.

Hjärtsviktsmottagning i primärvården

I Gunilla Johanssons korrespondensinlägg i Läkartidningen 48/97 diskuteras speciella hjärtsviktsmottag-

ningar i primärvårdens regi. Johansson menar att hjärtsviktspatienterna är så många att primärvårdens läkare och sjuksköterskor måste hjälpa sjukhusläkarna att ta hand om denna patientgrupp. Ett problem kan vara att många primärvårdsläkare uppfattar sig som generalister. Ett intensifierat omhändertagande av sviktpatienterna skulle då kräva att man koncentrerar dessa individer till vissa läkare och/eller sjuksköterskor. Eventuellt skall även andra än den medicinska professionen engageras. En sådan inriktning kan anses rimlig med hänsyn till problemets storleksordning.

Multidisciplinär insats

Man närmar sig något som kan liknas vid en multidisciplinär behandlingsinsats. Resultat av en sådan redovisas av Rich och medarbetare [3]. De utförde en prospektiv, randomiserad, sköterskeledd studie på 282 patienter som inkommit till ett sjukhus på den amerikanska östkusten på grund av hjärtsvikt. Patienterna var, inte minst med hänsyn tagen till deras relativt höga ålder (över 70 år), bedömda som högriskpatienter.

Programmet omfattade utbildning av patienter och anhöriga, en noggrann genomgång av läkemedelsbehandlingen inklusive ett strukturerat försök att förenkla densamma, dietrådgivning samt kontakt med representanter för social service. Efter utskrivningen följdes

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!

Författare

LARS RYDÉN

professor i kardiologi, verksamhetschef, kardiologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

patienten med hembesök och frekventa telefonsamtal. Man studerade överlevnad och behov av återinläggning på sjukhus under tre månader.

Antalet dagar på sjukhus minskade med 36 procent: från 865 i kontrollgruppen till 556 bland interventionspatienterna. Kostnaderna – uppdelade på programkostnad, vårdgivare, övriga medicinska insatser och återinläggning på sjukhus – redovisas i Figur 1. Den totala sjukvårdskostnaden i interventionsgruppen minskade med 460 US-dollar främst på grund av minskad sjukhusvård. Parallellt registrerades en förbättrad livskvalitet hos patienter som inkluderats i vårdprogrammet.

Undersökarna konkluderar att en sköterskebaserad, multidisciplinär behandlingsinsats både förbättrar livskvaliteten och minskar behovet av sjukhusvård så påtagligt att det mer än väl täcker kostnaderna för insatsen.

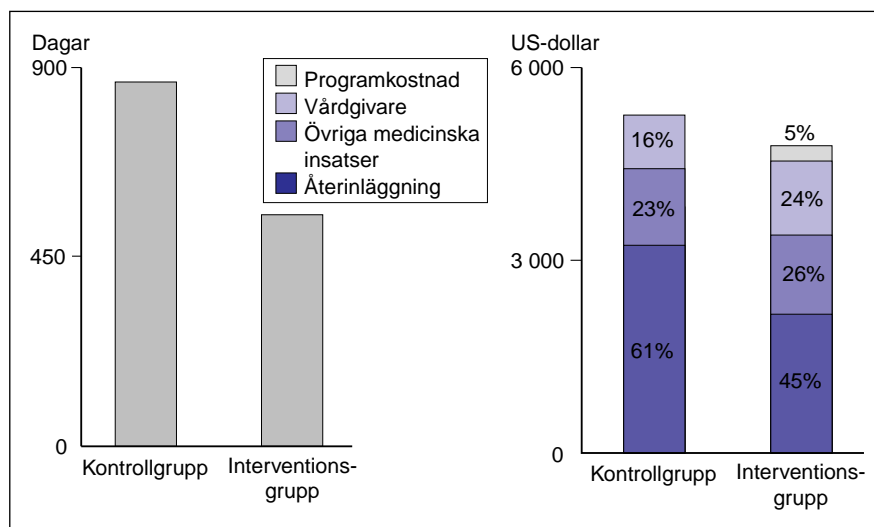
Samverkansprogram i Malmö

Liknande resultat redovisas av Bo Israelsson och medarbetare i Läkartidningen 23/98. De beskriver ett konsekvent genomfört samverkansprogram för omhändertagande av hjärtsviktspatienter, utarbetat vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. De påpekar vikten av mycket väl utbildad personal, ett diversifierat utbud av sjukvårdstjänster, fungerande vårdkedjor, välinformerade patienter samt ett nyanserat bruk av läkemedel.

Även om denna studie saknar kontrollgrupp talar utvecklingen, med ett minskat behov av sjukhusinläggningar för hjärtsvikt, tydligt för vårdprogrammets gynnsamma effekter.

Även patienten måste bli expert

Jag tror att det är fel att som Hanumanthu och medarbetare påstå att experter (enligt deras vokabulär sjukhusbaserade hjärtsviktspecialiser) är de enda som kan åstadkomma förbättringar i den existerande hjärtsviktsvården.



Figur 1. Effekten av ett multidisciplinärt behandlingsprogram för hjärtsvikt vad avser behov av sjukhusinläggning respektive kostnader.

Däremot tror jag att de har rätt så tillvida att specialkunskap måste till. Denna bör dock finnas inte enbart på läkarnivå. Patienter och anhöriga bör bli experter på sjukdomen i de avseenden där de själva kan påverka och lära sig förstå. Läkare måste, även om de är generalister i primärvården, acceptera att genomgripande kunskaper är nödvändiga för ett bra omhändertagande av ett så komplext sjukdomssyndrom som hjärtsvikt.

Specialkunskaper hos sjuksköterskor, dietister liksom hos personal inom kommunal service och omsorg är även de viktiga i ett bra vårdprogram. Vårdorganisationen är en annan faktor att beakta.

Vad som krävs från den medicinska professionens sida är att någon tar ett övergripande ansvar för att bryta traditionella gränser, vilka i dessa sammanhang är till större glädje för sjukvårdens utövare än för dess kunder, patienterna.

Från politisk och administrativ sida krävs modet att lita på att förbättrade vårdprogram småningom medför kostnadseffektiv behandling. Investeringskapital måste ställas till de utvecklingsvilligas förfogande. Inom industrin vet

man att det inte går att göra vinster utan investeringskapital. Här finns uppenbara arbetsuppgifter även för politiska och administrativa krafter med intresse för sjukvårdens processer.

Ambitionen att ta hand om hjärtsviktspatienter i nya interdisciplinära och kostnadseffektiva system borde finnas hos alla – som måste samverka för att vinna framgång.

Referenser

- Rydén L. Vård vid hjärtsvikt kan bli bättre. Läkartidningen 1997; 94: 2369-72.
- Hanumanthu S, Butler J, Chomsky D, Davis S, Wilson J. Effect of a heart failure program on hospitalization frequency and exercise tolerance. Circulation 1997; 96: 2842-8.
- Rich M, Beckham V, Wittenberg C, Leven C, Freedland K, Carney R. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333: 1190-5.

Se även artikeln på sidan 2829 i detta nummer.